189
Lane Medical Library

Über

die Aetiologie und Symptomatologie

der

entzündlichen Prozesse

an der vordern Unterbauchgegend.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medicin und Chirurgie,

welche

mit Genehmigung der hohen medicinischen Fakultät

der

vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

zugleich mit den Thesen

Freitag, den 22. März 1895, Mittags 12 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Oswald Gossmann

aus Kemberg.

Referent: Herr Prof. Dr. v. Bramann.

Opponenten:
Herr Dr. med. Liebe, approb. Arzt.
Herr König, Cursist.

Halle a. S.,
Hofbuchdruckerei von C. A. Kaemmerer & Co.
1895.

Imprimatur

Prof. Dr. **Bernstein,**

h. t. Decanus.

Seiner lieben Mutter.

Der Verfasser

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153703_0258

Seitdem der schwedische Anatom Retzius im Jahre 1858 zuerst die genauere anatomische Beschreibung eines zwischen Nabel und Symphyse gelegenen, von ihm Cavum praeperitoneale (Retzii) genannten Hohlraumes gab, ist dieser Raum bis in die neueste Zeit Gegenstand zahlreicher Unsersuchungen und ebenso grosser Meinungsverschiedenheiten gewesen. Hyrtl bezeichnete zwar in der Freude über eine neue wichtige Entdeckung alle spätern Untersuchungen als eine „Ilias post Homerum"; indessen ergaben dieselben doch ein von der Auffassung des Retzius sehr abweichendes Resultat, so zwar, dass es nicht ein Hohlraum, ins besondere ein einziger sei, sondern zwei durch Fascienblätter getrennte Bindegewebsschichten.

Die anatomischen Verhältnisse dieser regio hypogastrica media sind etwas verwickelt und es ist nötig, näher darauf einzugehen, um so eine Unterlage und besseres Verständnis für die klinische Einteilung der daselbst sich abspielenden entzündlichen Prozesse zu gewinnen.

Nach den Angaben von Retzius verschmilzt die Fascia transversa, welche eine auf der Innenfläche der queren Bauchmuskulatur aufliegende zellig fibröse Schicht bildet, mit dem untern Rande der hintern unvollständigen Wand der Scheide der Musculi recti, welche durch die Aponeurose der queren Bauchmuskeln gebildet wird. Diese Verschmelzung entspricht der Linea semicircularis Douglasii. An dieser angeblichen Linea verschmilzt die Fascia trans-

versa mit der hintern unvollständigen Wand der Rectusscheide zu einem einfachen fibrösen Blatte, welches jedoch nicht in der Linea semicircularis endigt, sondern sowohl längs dieser Linie als auch seitwärts sich nach hinten umschlägt und das Stück Peritoneum überzieht, welches von der Linea Douglasii bis zur Symphyse herab die hintere Wand der Rectusscheide bildet. Dieser Teil der Fasciae setzt sich weder an die Symphyse noch an das Poupart'sche Band an, sondern geht hinter der Blase in die Beckenhöhle hinab, um sich mit der Fascia pelvis zu identificieren. Die Linea semicircularis ist also keine Linie, sondern eine Faltungsstelle der hintern Wand der Rectusscheide. Hierdurch entsteht ein Raum oder ein Hohlraum im unteren Bezirk der vorderen Bauchwand, Cevum praeperitoneale s. praevesicale, in welchem die Blase bei ihrer Füllung emporsteigt. Die Lineae semicirculares verlängern sich seitwärts bogenförmig nach unten und setzen sich an den lateralen Rand der Sehne der Recti an. Hierdurch wird eine ringförmige Öffnung gebildet, welche als Eingangspforte zu dem Cavum dient. Die Grenzen dieses Hohlraums sind: vorn die untern Enden der geraden Bauchmuskeln und das sie bedeckende Blatt ihrer Scheide, hinten das Bauchfell, überzogen von der nach hinten sich umschlagenden Aponeurose, seitlich die Lineae Douglasii und ihre bogenförmigen Fortsetzungen, unten der Scheitel der Blase.

Gegen diese Angaben erhob sich ein lebhafter Streit, der eine grosse, namentlich französische Literatur schuf. Im wesentlichen handelte es sich hierbei um den allerdings oft nicht leicht zu constatierenden Verlauf und die Ausbreitung des untern Endes der Fascia transversa, besonders um ihre Beziehungen zu der hintern Rectusscheide, der Blase, den Beckenfascien. Es würde zu weit führen, die verschiedenen Schilderungen über die Begrenzung und Einteilung der tieferen Zellgewebslagen der regio hypogastrica media im einzelnen wieder zugeben. Die Ansicht,

welche jetzt von den meisten Autoren (Englisch, Henke, Leusser, Pinner) infolge neuerer Untersuchungen vertreten wird, ist folgende:

Die hintere Rectusscheide reicht nur etwa zwei bis drei Querfinger breit unterhalb des Nabels und endigt mit den Lineae semicirculares Douglasii. Die Fortsetzung übernimmt die von den Arkaden herabsteigende und mit der hinteren Rectusfläche durch loses Zollgewebe verbundene Fascia transversa (Cooperi), welche sich an die Symphyse des Schambeins und seine Äste ansetzt. Einige Centimeter unterhalb der Linea Douglasii trennt sich ein zweites fibröses Blatt von der Fascia transversa ab, die fascia propria (Velpeau), welche als eine membranartige Verdichtung des die Ligamenta vesico-umbilicalia und den Urachus einschliessenden subserösen Zellgewebes den zwischen der Fascia transversa Cooperi und dem Peritoneum gelegenen Raum wieder in zwei Abteilungen trennt, indem sie sowohl in die Fascia iliaca übergeht als auch unter der Symphyse des Schambeins hinabgleitend die vordere und die seitlichen Flächen der Blase umkleidet und sich an der Aponeurose der Prostata beim Manne, an dem Ansatz der Harnröhre beim Weibe inseriert. Das über der Fascia propria Velpeau liegende Zellgewebe steht mit dem des pelvi-rectalen Raumes im Zusammenhang, sodass man bis zum Rectum und zu den fossae iliacae gelangen kann.

Auf diese Weise sind zwischen den geraden Bauchmuskeln und dem Peritoneum drei von einander gesonderte mit lockerem Zellgewebe angefüllte Räume zu unterscheiden:

1) Zwischen den Muskelbäuchen der Recti und der als Scheide dienenden Fascia transversa Cooperi — Cavum submusculare, begrenzt vorn durch die Musculi recti, hinten die Fascia transversa Cooperi, unten durch die Symphyse.

2) Cavum praevesicale, das eigentliche cavum Retzii, begrenzt vorn durch die Hinterfläche der Fascia transversa Cooperi, hinten durch die Fascia propria Velpeau, unten durch die Blase.

3) Zwischen Fascia propria Velpeau und Peritoneum das Cavum praeperitoneale.

Dieser durch die anatomischen Verhältnisse gegebenen Auffassung entsprechen in der That die klinischen Erfahrungen, und es lassen sich für die einzelnen Hohlräume scharf gesonderte klinische Symptomenbilder beobachten. Allerdings muss man hierbei immer festhalten, dass es sich nicht um wirkliche Hohlräume, sondern durch Fascienblätter getrennte Bindegewebsschichten handelt.

Obgleich nun diese anatomischen und klinischen Thatsachen nicht geleugnet werden können, so wollen doch einzelne Autoren von einer klinischen Sonderung der Entzündungen dieser Gegend nichts wissen. So protestiert Roser vom klinischen Standpunkt aus gegen diesen „Mythus von Cavum Retzii“ und spricht den daselbst sich abspielenden Prozessen jede Eigentümlichkeit ab. Auch König verhält sich ablehnend. Obgleich er zugeben muss, das Pinner die Darstellung dieser gesonderten Räume durch Einfüllen von Gyps gelungen sei, so kümmere sich doch der Eiter bei seiner Ausbreitung nicht um dünne Fascienblätter, sondern nehme seinen Weg nach der Richtung des geringsten Widerstandes. Und da die Fascia transversa Cooperi in ihrem untern Teile gewöhnlich so schwach ist, dass in der That der Prozess von dem submuskulären Raum sehr oft auf den praevesicalen übergreift und umgekehrt, so hält König die Einteilung der regio hypogastrica media in getrennte Hohlräume klinisch nicht für zulässig. Um diesen Widerspruch zu erklären, dass man die Prozesse beider Räume oft ineinander übergehen sieht, andrerseits aber dieselben auch wieder scharf getrennt vorfindet, hat man angenommen, dass bei den acuten Entzündungen mit schnell fortschreitender Eiterung die Fascia transversa kein genügend fester Trennungswall sei und deshalb in solchen Fällen ein Unterschied zwischen submuskulären und praevesikalen Abscessen oft nicht existiere. Dagegen bleibe bei den langsam, chronisch verlaufenden Fällen infolge der

allmähligen Verdichtung der Fascia der Prozess auf seinen Herd beschränkt, und hier könne man stets von praevesicalen und submuskulären Abscessen mit besondern Symptomenbildern sprechen. (Leusser).

Was nun die entzündlichen Prozesse an der vordern Bauchwand betrifft, so wird im weitern Sinne alles das als dazugehörig zusammengefasst, was zwischen Peritoneum und äusserer Bauchhaut liegt. Wir teilen die Entzündung ein in: 1. subcutane. 2. intramuskuläre, von denen diejenigen in der hintern Rectusscheide besonders betrachtet werden als 3. submusculäre. 4. praevesicale. 5. praeperitoneale. 6. Eine besondere Affection als Phlegmon sous-ombilical.

Die oberflächlichen Abscesse der Bauchdecken haben nichts Eigentümliches an sich, sondern verhalten sich in jeder Beziehung wie Abscesse in andern Gegenden. Was ihre Ätiologie angeht, so treten sie entweder primär auf oder als Entzündungen von andern Organen fortgeleitet. Am häufigsten entstehen sie wohl nach Traumen. Meyer beobachtete eine Phlegmone der vordern Bauchwand bei einem Knaben, der einen Tritt gegen den Leib erhalten hatte. Desgleichen kann die Entzündung ausgehen von kleinen, oft nicht beachteten Abschürfungen und Verletzungen der Haut, durch welche die Infektionserreger eindringen. Nach selbstausgeführten Morphiuminjectionen, nach Verletzung der Haut durch den langdauernden Druck der Patronentasche bei einem Soldaten sah man solche Fälle eintreten. Eine weitere Ursache für die subcutanen Abscesse geben Fremdkörper, namentlich Nadeln jeder Art, ab, die von aussen in die Bauchwand gedrungen sind oder z. B. in die Vagina gesteckt wurden. Letztere Fälle hat man bei hysterischen Frauen öfter beobachtet. (Englisch) sowie man häufig bei Kindern kleine Nadeln als Ursache findet. Es ist dies wohl mit Recht darauf zurückgeführt, dass Ammen und Mütter, die Brust oft mit Nadeln gespickt, dieselben den Kindern beim Tragen unbemerkt

eindrücken. Desgleichen darf man Echinococcen, Cysticercen und vor allem den Actinomycespilz zuweilen für subcutane Abscessbildung an der vordern Bauchwand verantwortlich machen. Auf die Actinomycose werden wir später noch genauer eingehen wegen ihrer Wichtigkeit und der relativen Häufigkeit, mit welcher sie vorkommt.

Die fortgeleiteten Prozesse gehen gewöhnlich aus von einer Tuberculose des Sternums, des Beckens. Sie sitzen entweder von Anfang an unter der Haut und bewegen sich im subcutanen Zellgewebe nach unten fort, oder sie dringen zwischen die Muskeln oder in ihre Scheide, um nun von hinten nach vorn durch die verschiedenen Schichten der Bauchdecken unter das subcutane Zellgewebe durchzubrechen, wo sie sich dann sehr schnell ausbreiten. Zuweilen kommt es auch nach Verletzungen und Operationswunden zu circumscripten Abscessen, z. B. nach Operationen an der Blase und Urethra durch Urininfiltration. Als weitere Momente sind die subacute und chronische, allgemeine und circumscripte eitrige Peritonitis zu betrachten sowie die puerperalen Eiterungen des Beckenbindegewebes.

Symptome. Diese Entzündungen verlaufen acut und chronisch. Bei den acuten kommt es bezüglich der Symptome auf die Schwere und die Art der Infektion an. Zuweilen überwiegt das Bild der allgemeinen Infektion mit stärkerem Fieber, andererseits treten diese Erscheinungen zurück und es steht mehr das subjektive Schmerzgefühl der Kranken im Vordergrund, wenn auch dasselbe ebenso wie das Fieber bei diesen subcutanen Entzündungen nicht gerade sehr stark ist. Die Kranken hüten sich vor Bewegungen wegen der damit verbundenen Teilnahme der Bauchmuskeln und liegen gewöhnlich mit angezogenen Beinen, um die Bauchmuskulatur zu entspannen. Ist die Schmerzhaftigkeit nicht zu gross, so kann man sehr gut den Sitz des Abscesses als praemuskulär bestimmen. Derselbe tritt aus der Oberfläche des Bauches in schärfern

Contouren heraus, und wenn die Bauchmuskulatur sich contrahiert, wird der Umriss noch deutlicher, aber der Abscess wird nicht fixirt. Derselbe ist relativ beweglich und lässt sich nach allen Seiten verschieben, eventuell samt der Haut von der unterliegenden Muskulatur abheben. Überdies fühlt man dabei über der fluktuirenden Masse keine Muskelfasern (Albert). Die chronischen Entzündungen bestehen oft längere Zeit, ohne irgend welche Erscheinungen zu machen. Die Kranken werden manchmal erst durch die Geschwulst aufmerksam.

Was die Diagnose betrifft, so ist dieselbe bei der chronischen Form oft nicht ganz leicht wegen der derben Infiltration durch neugebildetes Bindegewebe, sodass man im Zweifel sein kann, ob nicht eine Neubildung vorliegt. Die den Eiter umschliessende Kapsel ist oft so dick und derb, dass Fluktuation nicht durchzufühlen ist und sie bei der Palpation zu Verwechselung mit einer Neubildung Veranlassung geben kann. Vermutlich sind es neben event. vorhandenen Fremdkörpern die dauernden Bewegungen der Bauchmuskeln, welche als mechanischer Reiz wirken und die derbe Bindegewebsentwickelung hervorrufen (Ledderhose).

Hier ein Fall eines bis unter die Haut durchgebrochenem tuberculösen Abscesses fortgeleitet von der Symphyse.

Wilhelmine St., Maurerfrau, 46 Jahre alt. Rec 27. XI. 93.

Anamnese: Vater an Rückenmarksleiden gestorben. Mutter lebt, gesund. Mann einseitig gelähmt. Von 8 Kindern leben drei und sind gesund. Pat. hat 2 Frühgeburten gehabt. Letztes Kind im Alter von zwei Monaten gestorben. Pat. erklärt, niemals geschlechtskrank gewesen zu sein. Mit 6 Jahren hat sie Scharlach durchgemacht. Vor 2 Jahren bekam Pat Schmerzen in der rechten Gesässgegend. Sie hat damals nicht gerade gehen können, sondern ging nach rechts vornüber geneigt. Sie wurde massirt. Die Schmerzen vergingen an dieser Stelle, traten jedoch an der linken

Unterbauchgegend wieder auf. Zugleich bemerkte Pat., dass sich daselbst eine harte Geschwulst bildete; zugleich hatte sie an Stuhlverstopfung zu leiden. Die Geschwulst ist weiter gewachsen und dabei nach mitten unten gekommen. Keine Urinbeschwerden. Pat. zuerst mit Jodkali, dann mit Schmierkur behandelt. Danach sollen Schmerzen und Stuhlverhaltung besser geworden sein.

Status: Kleine, dekrepide Frau. In der regio pulica eine Hervorwölbung, die aus einer grossen Geschwulst und einem zapfenförmigen Fortsatz besteht. Die Oberfläche der Geschwulst glatt; über dem zapfenförmigen Forsatz die Haut etwas gerötet und der Geschwulst mehr anhaftend als an der Hauptgeschwulst, wo die Haut normal ist. Konsistenz prall elastisch. Deutliche Fluktuation. Geschwulst sitzt der Muskulatur an und lässt sich seitwärts verschieben. Bei Atmenbewegungen verändert sie nicht ihre Lage. Sie hängt durch einen Stiel mit der Gegend der Symphyse zusammen.

Operation: Nach Durchtrennung der Haut gelangt das Messer in eine unter einem starken Druck stehende Abscesshöhle. Der Eiter hat tuberculöse Beschaffenheit, die Wände des Abscesses sind mit tuberculösen Granulationen ausgekleidet. Nach unten ein trichterförmiger Gang zur Symphyse hin, an deren Innenseite die Sonde auf rauhen Knochen stösst. Die betreffende Stelle abgekratzt, ebenso die Granulationen. Drainage, Tamponade, Heilung, 16. XII.

II. Intramuskuläre Entzündungen.

Die zweite Art von vordern Bauchwandabscessen sind die in den Muskelschichten der Recti und ihrer vordern Scheide sich abspielenden.

Als Ursachen für die eitrige Entzündung der Recti werden folgende angenommen: 1. Muskelsyphilis. 2. Ruptur.

Die ersteren Erkrankungen sind wohl nicht so häufig als Ursache der Entzündung anzusehen. Weitaus am wichtigsten und wohl am häufigsten vorkommend ist eine

Ruptur der Recti nach typhösen Erkrankungen mit Ausgang in Eiterung. Schon Virchow hat im Jahre 1857 darauf hingewiesen, dass im Anschluss an Allgemeinerkrankungen wie Typhus, Tuberkulose, Scorbut Entzündung und Ruptur der Recti auftreten könnte. Darüber sind auch zahlreiche Beobachtungen gemacht worden. Diese Rupturen entstehen infolge der bei Typhus oft eintretenden wachsartigen Degeneration der Muskeln bei geringen Anstrengungen. Gewöhnlich schliesst sich ein Bluterguss daran, der, anstatt resorbiert zu werden, unter dem Einflusse chemischer Zersetzungsprodukte oder eingedrungener Mikroorganismen vereitert. Diese Risse haben ihren Sitz mit Vorliebe unterhalb des Nabels an der Hinterfläche des Muskels. Auch innerhalb der Muskelsubstanz selbst kann die Ruptur sitzen sowie in der vordern Rectusscheide. Der Grund für die Rupturen beruht nach Leusser auf der Hinfälligkeit und leichten Zerreisslichkeit der Gewebsteile, besonders der Gefässe, nach solchen Krankheiten. Die Erklärung dafür, warum der Riss seinen Sitz gewöhnlich in der hintern Fläche des Rectus hat, findet man darin, dass die Scheide da, wo sie durch die Fascia transversa Cooperi ersetzt wird, sehr schwach ist und einer festeren Unterstützung entbehrt. Richtiger dürfte wohl sein, die Ursache dafür in zahlreichen durch fortgeleitete Gefässtromben bewirkten Embolien zu suchen.

Aus der Dünnheit der Scheide an dieser Stelle sucht man auch die Thatsache zu erklären, dass bei Störungen im Darmtractus, die mit Koliken einhergingen, später submuskuläre Abscesse entstanden. Es sollen nämlich durch die heftigen Contractionen der Recti gelegentlich sehr starker Koliken Zerreissungen von Gefässen hervorgerufen werden, die ein Blutextravasat und dann einen submuskulären sowie sekundären praevesikalen Abscess entstehen lassen. Die Rupturen bei typhösen Erkrankungen folgen gewöhnlich in der Rekonvaleszenz bei geringen Anstrengungen, z. B. wenn der Patient sich aufrichtet. Es entsteht plötzlich ein Schmerz im Unter-

leibe. Bei der Palpation kann man zuweilen im Anfang einen queren Spalt im Muskel fühlen. Daran schliesst sich eine allmählich sich ausbreitende Schwellung. Man hat übrigens auch bei gesunden Menschen durch forcirte Anstrengung Ruptur der geraden Bauchmuskeln entstehen sehen, z. B. bei Soldaten während des Reitens und Turnens. Jedoch scheint diese Ruptur bei gesunden keine Tendenz zur Eiterung zu haben (Ledderhose). Dies dürfte dafür sprechen, dass diese typhösen Abscesse metastatischer Natur sind.

Die Symptome sind deutlich Der plötzliche Schmerz, die sich anschliessende Schwellung, das auftretende Fieber bei Entzündung und Vereiterung sowie auch die vorangegangene Erkrankung lassen keinen Fehlschluss zu. Die Schwellung sitzt entweder einseitig mit genauer Beschränkung auf die seitlichen Grenzen des Muskels oder symmetrisch zu beiden Seiten der Linea alba. Die Abscesse gestatten nur bei erschlafften Bauchdecken eine geringe, mehr transversale als verticale Verschiebung und werden bei angestrengten Bauchmuskeln ganz unverschieblich. Bei aufrechter Stellung der Patienten wird die Geschwulst kleiner werden, bei Rückenlage eher hervortreten. Liegt der Abscess intramuskulär, so muss bei Wirkung der Bauchpresse seine Dimension zunehmen, er wird flach gedrückt, zugleich praller. Die zwischen den Bauchmuskeln gelegenen Abscesse zeichnen sich durch grosse Schmerzhaftigkeit aus, sowie durch heftiges Fieber und sehr langwierigen Verlauf. Die phlegmonöse Geschwulst ist von Anfang an eingeklemmt, d. h. von allen Seiten durch derbe, straffe Membranen eingeschlossen. Die Schmerzhaftigkeit erklärt sich aus dieser Einklemmung und dem Nervenreichtum der Bauchdecken, (Bardeleben) und des Peritoneums. Durch jeden Druck und jede Spannung, tiefe Atemzüge, Erheben des Rumpfes aus liegender Stellung etc. wird der Schmerz erheblich vermehrt.

Ein Fall von Muskelsyphilis.

Karl P. 30 Jahre alt, Schuhmacher. 3. IV. 91. Pat. aus gesunder Familie, stets gesund. Vor cr. 3 Wochen bemerkte er eine Geschwulst in der rechten untern Bauchseite. Schmerzen in der Geschwulst. Urin und Stuhl ohne Beschwerden. Bis vor 8 Tagen hat die Geschwulst an Grösse zugenommen. Jetzt keine Schmerzen mehr, ausser manchmal Stechen. Pat. leugnet jede luetische Infektion.

Status: Kräftig gebauter Mann ohne Zeichen überstandener oder bestehender Lues. In der rechten Bauchgegend ein von der Symphyse nach oben und aussen sich erstreckende, mit den Bauchdecken verschiebliche, von Rectum kaum mit dem Finger erreichbare, sich also nicht ins kleine Becken erstreckende, auf Druck nicht empfindliche, etwa zwei faustgrosse Geschwulst von derber Consistenz, Dieselbe besteht aus zwei Zapfen, von denen der eine von der Symphyse nach oben verläuft, der andere parallel dem Poupart'schen Bande. Kein Fieber. Ord. Kal. jodat.

II. IV. Schmerzen in der Geschwulst, Fieber. Incision des zerfallenen Gummas, Auskratzung.

Die submuskulären Abscesse

Was die Aetiologie dieser Entzündungen anlangt, so gilt im ganzen dasselbe, was von den übrigen Bauchdeckenabscessen dieser Gegend gesagt ist. Hauptsächlich kommen wohl Affektionen der Muskuli recti in Betracht. Ihre Entstehung schliesst sich an ein Trauma an, Stoss oder Schlag gegen die regio typogastrica, Heben schwerer Lasten, dann Störungen im Darmtractus u. s. w. In andern Fällen tritt sie ohne irgend ein auffindbares aetiologisches Moment bei gesunden Leuten ein, sodass man eine idiopathische Entzündung anzunehmen gezwungen ist. Auch ist die Möglichkeit gegeben, dass sich gemäss der anatomischen Verhältnisse von den drei letzten wahren Rippen aus Eiterungen hinter die Recti in deren Scheide herabsenken können (Albert).

Symptome: Der Verlauf der submuskulären Entzündung ist acut und chronisch. Die ersten Symptome sind gewöhnlich Allgemeinerscheinungen. Unbestimmtes

Krankheitsgefühl, Mattigkeit, Fieber, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Obstipation, oft bedeutende Schmerzhaftigkeit der untern Bauchgegend. Bewegungen steigern die Schmerzen. Letztere sind bisweilen so heftig, dass die Kranken kaum den Druck der Decke ertragen und eine Untersuchung ohne Narkose nicht möglich ist. Die Kranken liegen mit gebeugtem Hüft- und Kniegelenk, oder nehmen eine halbsitzende Stellung ein, um die Muskeln zu entspannen. Bei den acuten Formen kann sogar hohe Temperatur auftreten.

Das Prodromalstadium der chronischen Fälle verläuft oft so latent, dass es von den Patienten selbst übersehen wird und erst das Auftreten einer Geschwulst auf eine Erkrankung aufmerksam macht. Ist die Entzündung in das Stadium der Geschwulstbildung eingetreten, so bildet sich in der Nähe der Symphyse eine tastbare Anschwellung, deren Zusammenhang mit den Bauchdecken sich leicht feststellen lässt. Bei erschlaffter Bauchmuskulatur kann die Geschwulst seitlich verschoben werden, bei Contraction derselben tritt in evidenter Weise Fixation der Geschwulst ein, auch ihre Spannung wird dabei vermehrt und die Palpation ergiebt, dass die contrahirten Recti vor der Geschwulst verlaufen. Bei weiterem Fortschreiten wird die Entzündung durch Ausfüllung der hintern Rectusscheide deren Contouren wiedergeben. Die Eiterung kann nun entweder auf einen Rectus beschränkt bleiben oder sie ist von Anfang an beiderseitig oder sie greift von einer Seite auf die andere über. Als Gründe für die symmetrische Lage der Entzündungen der hintern Rectusscheide hat man angenommen, dass entweder in jeder Scheide eine isolirte Eiterung zu stande kommt, oder ein einseitiger Abscess die mediane Scheidewand zur Seite drängt oder zerstört und dann auf die andere Seite übergreift oder endlich, dass von einer Rectusscheide aus Durchbruch des Eiters in das Cavum praevesicale erfolgt und nun die secundäre Entzündung dieses Raumes mit ihrer zur Mittellinie symmetrischen Gestalt in den Vordergrund tritt. Die Form des

Tumors zeigt eine eiförmige Gestalt, deren Spitze unten an der Symphyse liegt, deren Basis nach oben gerichtet ist. Bezüglich ihrer Ausdehnung entwickelt sich die Geschwulst bald mehr rechts, bald mehr links von der Linea alba. Die submuskulären Abscesse liegen stets zwischen Nabel und Symphyse und lassen sich nicht ins kleine Becken hinein verfolgen. Bei genauer Untersuchung kann man manchmal den Raum zwischen Os pub und Blase frei finden, was jedoch bei Zunahme der Geschwulst sehr schwierig, wenn nicht unmöglich wird (Pinner). Die Untersuchung per rectum et vaginam ergiebt keine weiteren nennenswerten Befunde, man fühlt wegen ihrer hohen Lage die Geschwulst gewöhnlich nicht oder doch nur sehr undeutlich. Irgend welche krankhaften Erscheinungen von seiten des Darmkanals pflegen zu fehlen; die Funktion der Harnblase ist meist normal.

Die Diagnose der submuskulären Phlegmone kann anfangs bei den Allgemeinerscheinungen manchmal Schwierigkeit bereiten. Namentlich müsste man hier die allgemeine und umschriebene Peritonitis in Betracht ziehen Nach der Bildung einer Geschwulst muss man hauptsächlich den Sitz derselben feststellen, ob sie in den Recti sitzt, oder ob sie vor oder hinter denselben liegt. —

Phlegmon sous-ombilical.

Hier wäre noch eine Affektion der vordern Bauchwand zu erwähnen, die Heurteaux in Nantes beschrieben hat und die er Phlegmon sous-ombilical nannte. In der deutschen Literatur ist darüber nur sehr wenig erwähnt. Die Phlegmone hat grosse Ähnlichkeit mit der submuskulären. Sie schliesst sich gewöhnlich an vorausgegangene Krankheiten an. Die Symptome bestehen in lebhaftem Schmerzgefühl, Fieber, Obstipation, zuweilen Erbrechen. Der Sitz der ausgebildeten Phlegmone beginnt am Nabel und geht bis zur Mitte zwischen Nabel und Symphyse oder bis zum untern Drittel dieser Entfernung.

Die Form ist elliptisch mit abgerundeten Rändern und Winkeln. Die Basis liegt im Nabel, die Spitze scheint sich in das Becken zu versenken und ist schwer zu verfolgen. Seitlich lässt sie sich nicht verschieben. Das untere Ende der Abscesshöhle ist immer 3—4 cm von der Symphyse entfernt geblieben. Heurteaux hält einen Unterschied zwischen seiner Phlegmone und der Entzündung des Cavum Retzii für sehr wahrscheinlich. Nach seiner Ansicht spielt der Prozess in einem Fascienraum, der, unter der Muskelschicht vor der auch als Fascia sub- oder infraumbilicalis bezeichneten Fascia transversalis gelegen nach beiden Seiten von der Anheftungslinie letzterer an die lateralen Ränder der Rectusscheide begrenzt und mit Fett gefüllt sein soll. Durch Injektion mit Gelatine hat Charpy die typische Form der Phlegmon sous-ombilical dargestellt. Die Frage jedoch, ob diese Phlegmone eine selbständige Stellung unter den Entzündungen der vordern Bauchwand einnehmen darf, ist wohl noch schwer zu entscheiden und es wird erst noch längerer Beobachtung bedürfen, ehe man über die Natur und Bedeutung dieser Affection und ihre event. Beziehung zu den submuskulären und praevesicalen Phlegmonen ein sicheres Urteil gewinnen kann (Ledderhose).

Die prävesicalen Abscesse.

Alle die entzündlichen Prozesse, welche in der Umgebung der Blase ihren Sitz hatten, fasste man früher unter dem gemeinschaftlichen Namen Pericystitis zusammen, ohne sich um die Ursache ihrer Entstehung zu kümmern. Später machte man einen Unterschied zwischen den Erkrankungen, die von der Blase ausgingen, und den von benachbarten entzündeten Organen nach dem Zellgewebe um die Blase fortgeleiteten Prozessen. In neuerer Zeit trennte man dann weiter die Entzündungen der Bauchwand von denen des subperitonealen Zellgewebes und endlich unterschied Guyon zwischen symptomatischen und idiopathischen Erkrankungen, d h. solchen Fällen, für welche

keina ersichtliche Ursache zu finden war. Auf Grund eigener Untersuchungen und der vorliegenden Kasuistik hält nun Englisch eine Sonderung dieser Prozesse nach den ursächlichen Momenten für die zuverlässigste und teilt dieselben ein in:

1) idiopathische, ohne direkt nachweisbare Ursache.
2) traumatische, nach Einwirkung einer äusseren Gewalt.
3) metastatische.
4) consecutive als Fortleitung von Erkrankungen benachbarter Organe.

Die häufigste Entzündung ist unzweifelhaft die consecutive. Die primäre Erkrankung kann von den verschiedensten Organen ihren Asgang nehmen: von der Blase, nach Entzündungen und Ulcerationen derselben, nach operativen Eingriffen, z. B. nach Blasenstich. Weiter kann man die Harnröhre, Prostata, Samenblase, Samenleiter, Hoden, Uterus, Ovarien, Erkrankungen des Zellgewebes des kleinen Beckens, des Mastdarmes als Ursache ansehen: So sah man z. B. diese Erkrankung nach Gonorrhoe auftreten.

Die zweithäufigste Entzündung ist die traumatische. Es erklärt sich dies leicht daraus, dass die vordere Bauchwand sehr oft Verletzungen ausgesetzt ist. Die Zahl der beobachteten Fälle würde noch grösser sein, wenn nicht viele derselben häufig wohl noch den idiopathischen zugezählt würden. Denn bei der Geringfügigkeit der Erscheinungen, welche die Einwirkungen der äussern Schädlichkeiten zuweilen hervorrufen, ist es erklärlich, dass in solchen Fällen, wo die chronische Entzündung nach lange vorhergegangenem Trauma durch besondere Umstände in die acute übergeführt wird, eine idiopathische Erkrankung angenommen wird (Englisch). Deshalb wird auch die Zahl der idiopathischen Fälle meist zu hoch gerechnet, weil viele dazu gezählt werden, bei welchen Entzündungen benachbarter Organe vorausgegangen waren, oft schon vor so langer Zeit, dass die Patienten sich nicht mehr erinnern.

Trotzdem gehören sie nicht zu den idiopathischen Formen, da wir wissen, dass Residuen zurückbleiben, die unter der Einwirkung anderer Schädlichkeiten zu neuen Entzündungen vorzüglich in der Umgebung der Blase führen können. Manche Autoren leugnen überhaupt das Vorkommen von idiopathischen Entzündungen. In der Literatur findet Englisch nur 23 Fälle der idiopathischen Form verzeichnet, dazu noch 7 eigene Beobachtungen. Die Männer überwiegen die Frauen an Zahl. Die Krankheit tritt am häufigsten zwischen dem 25. und 30. Jahre auf. Über die ursächlichen Momente liegen wenig Beobachtungen vor. Verschiedene Autoren nehmen eine tuberculöse Constitution zu dieser Erkrankung an und Englisch findet unter 10 Fällen vier mit ausgesprochener scrophulöser oder tuberculöser Dyscrasie, sodass derselben wohl ein bestimmter Einfluss zugeschrieben werden muss. Es stimmt dies mit der von Charpy beobachteten Thatsache überein, dass sich Abscesse der geraden Bauchmuskeln vorzüglich bei Tuberculösen entwickeln. Guyon machte noch auf eine Form von Flüssigkeitsansammlungen im Cavum praevesicale aufmerksam, die nicht eitrig, sondern serös ist. Er hält dieselbe für ein wahres Hygrom, ähnlich dem der serösen Häute. Das Leiden trat spontan auf. Vereitern diese Hygrome, so entstehen Phlegmonen, sodass also die Ursache der Entstehung von Abscessen im Cavum Retzii in gewissen Fällen gegeben wäre. Was nun das wirksame Agens anlangt, dass die Erkrankung hervorruft, so kommt Englisch auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Schluss, dass die Art des Beginnes und der Verlauf mit allen seinen Erscheinungen sowie dem tiefen Ergriffensein des ganzen Organismus zu der Annahme berechtigen, dass wir es hier mit einer infektiösen Erkrankung zu thun haben, ohne dass wir schon imstande sind anzugeben, welcher Natur dieses Augens ist.

Symptome. Die Franzosen waren die ersten, welche sich bemühten, die klinischen Symptome in Gruppen zu sondern. Gegenwärtig teilt man dieselben nach dem Vor-

gange von Leusser wohl am besten in zwei Stadien ein

1) Allgemeinerscheinungen, bestehend in Störungen von seiten des Darmes und der Blase, in Schmerzen.

2) Sicht- und fühlbare Geschwulst.

Als Vorläufer der Erkrankung treten in den meisten Fällen Störungen von seiten des Darmes auf. Erst stellt sich Stuhlverstopfung, dann Diarrhoe ein, beide begleitet von Übelkeit, Erbrechen, heftigen Koliken, selbst Collaps. Die Zeitdauer dieser Allgemeinerscheinungen, die wir in gleicher Weise bei der submuskulären Affektion auftreten sehen, ist verschieden lang und findet sich zwischen zwei Tagen und zwei Jahren angegeben. Dieselben können so heftig sein, dass sie als ileusartig (Gruber) bezeichnet werden. Der Schmerz ist teils lokal beschränkt, teils ausstrahlend, oft über den ganzen Bauch verbreitet. Die Intensität desselben ist sehr verschieden. Er kann alle Stufen vom dumpfen Druck bis zum heftigsten Stechen einnehmen. Nicht selten ruft schon die Bewegung im Hüftgelenk die grössten Schmerzen hervor, namentlich wenn die Entzündung auf die Umgebung der Blase übergegangen ist.

Dieses Stadium lässt noch keine sichere Diagnose zu. Auf den richtigen Weg führt uns erst das Fühlbarwerden einer Geschwulst, die sich in der Unterbauchgegend vorwölbt. Die Geschwulstbildung erfolgt am häufigsten zwischen dem 2. und 12. Tage. Dieselbe entwickelt sich von unten herauf und steigt über dem Schambein hervor oft bis zum Nabel. Die Begrenzung ist scharf, solange die Bauchwand selbst noch frei ist von der Entzündung. Im Anfang kann man oft noch zwischen der Geschwulst und der Symphyse mit dem Finger eindrücken, was später nicht mehr der Fall ist. Die Gestalt ist kugelförmig mit der Basis im Becken, mit der Spitze nach dem Nabel zu gerichtet, ähnlich der vollen Blase bei Harnverhaltung. Die Geschwulst liegt gewöhnlich symmetrisch zur Linea alba, doch kann sie auch nach einer Seite hin grössere Aus-

dehnung haben. Am deutlichsten ist sie zu fühlen bei der bimanuellen Untersuchung per rectum oder vaginam. Man erkennt dabei die Mitbeteiligung der Blase. Die Consistenz ist hart. Bei Spannung der Bauchmuskeln verschwindet die Geschwulst. Vor Verwechselung mit der gefüllten Blase schützt nur der Katheter. Sehr wichtig ist das Verhalten des Tumors nach dem Katheterisieren. Während bei der Harnverhaltung nach dem Katheterisieren die Geschwulst verschwunden ist, ist dies hierbei nicht der Fall. Die Geschwulst wird zwar etwas kleiner infolge der Entleerung der Blase, doch erleidet dieselbe nur eine geringe Abnahme, die in keinem Verhältnis zu der entleerten Harnmenge steht. Als ein hervorstechendes Symptom muss noch die Dysurie angesehen werden, die sich bis zur vollständigen Harnverhaltung steigern kann. Die Entleerung ist sehr häufig schmerzhaft infolge der entzündlichen Reizung der Blasenschleimhaut, aber auch dadurch, dass die Harnblase sich nicht vollständig zusammenziehen kann wegen der Infiltration der Blasenwand, so dass eine gewisse Menge Harn zurückbleibt. Nimmt nun die Infiltration zu, so kommt es infolge der immer mehr beschränkten Zusammenziehung der Blase zu Harnverhaltung. Der Urin ist meist lange normal; Fieber besteht gewöhnlich im Anfange, es lässt entweder bald nach oder es dauert längere Zeit hindurch. Die Erscheinungen können sehr schwere sein und eine ernstliche Krankheit vortäuschen, indessen steht gewöhnlich das verhältnismässig günstige Aussehen der Kranken in keinem Verhältnis zu der Schwere der Erscheinungen, (Englisch), wie es z. B. bei der Peritonitis der Fall ist.

Die Erkrankung verläuft acut und chronisch. Im letzteren Falle fehlt das Prodromalstadium oder ist so gering, dass es übersehen wird und erst die Geschwulstbildung den Kranken aufmerksam macht. Bei bestehenden Harnbeschwerden werden die Kranken deshalb sehr oft auf Harnverhaltung behandelt. Der Ausgang der Entzündung besteht in Lösung oder Eiterung. Tritt Resorption

ein, so lassen schnell Schmerz und Fieber nach, die Geschwulst nimmt langsam ab. Bei Ausgang in Eiterung steigt Schmerz und Fieber. Es erfolgt Schwellung, die Haut rötet sich, Abscessbildung und Aufbruch. Die Stelle des Durchbruchs ist verschieden. Derselbe kann erfolgen an der vordern Bauchwand, nach dem Peritoneum, in die Blase, Rectum, Vagina, nach der Innenseite des Schenkels, ins Scrotum.

Bei der Diagnose ist im wesentlichen zu berücksichtigen Peritonitis, Enteritis, Harnverhaltung. Weiter Hypertrophie der Blasenwand, Divertikel der Blase an der vordern Wand, dann Neubildungen der Blase, vor allem die infiltrirten Carcinome und Sarcome und Urininfiltration.

Folgender Fall von praevesicalem Abscess (consecutiv) nach Perityphlitis wurde in der Halleschen Klinik beobachtet.

O. S. 19 Jahre alt, Eisendreher.

Pat. litt früher öfter an Rheumatismus. Seine jetzige Erkrankung begann im März 1893 mit Fieber und Schmerzen im Unterleibe. Die Schmerzen nahmen zu und nach cr. 14 Tagen bildete sich in der rechten Seite dicht über dem Lig. Poupart. eine Härte aus. Diese bestand 3 Tage lang, verschwand dann und ebenso liess die Schmerzhaftigkeit nach. Pat. zuerst poliklinisch mit kalten Umschlägen behandelt. Appetit schlecht, Stuhlgang täglich von breiiger Consistenz. Seit der Aufnahme Appetit besser, Schmerzen geschwunden.

Status. Abdomen etwas aufgetrieben, auf Druck schmerzhaft, besonders in der rechten fossa iliaca, daselbst gedämpfter Schall bis zur Symphyse, wo eine deutliche Resistenz fühlbar mit schwach tympanitischem Schall. Mässiges Fieber, elendes Aussehen, Puls klein, gespannt. Zunge stark belegt. Stuhlgang täglich vorhanden in sehr geringen, wässerigen, hellgelben Entleerungen. Urin ohne pathologische Bestandteile, Entleerung schmerzhaft. Ordinat.: Ruhe, flüssige Nahrung, Umschläge. Heilung.

Fall II, von Englisch. Idiopathischer Abscess.

Johann M. Kutscher, 39 J. Rec. 27. Juni 90.

Vater an Tuberculose, Mutter an Cholera gestorben. Er selbst litt 3 Jahre lang an Wechselfieber. 14 Tage vor seiner Aufnahme Schmerzen ohne Veranlassung in der Unterbauchgegend zwischen Nabel und Symphyse mit Koliken und Erbrechen. Schmerzen intermittierend. Nach 8 Tagen Auftreten einer Geschwulst in der rechten Darmbeingegend. Bewegung der Oberschenkel schmerzhaft. Seit 2 Tagen alle 5 Minuten unter grossen Schmerzen Urinentlerung.

Status. Kräftiger Mann. Rechte Darmbeingrube von einer Geschwulst eingenommen, deren äussere Grenz der Verbindung des mittleren mit dem äussern Drittel des Poupartschen Bandes entspricht, die untere entspricht diesem Bande, die innere der Mittellinie, nach links convex, die obere zwischen Nabel und Schambeinfuge, etwas unterhalb des Nabels. Consistenz ziemlich derb. Beim Aufsitzen verschwindet die Geschwulst nicht ganz. Die ganze Geschwulst druckempfindlich. Die Untersuchung per rectum ergiebt, dass die Geschwulst rechts das kleine Becken ausfüllt und sich nach unten über die Prostata fortsetzt. Stuhl oft flüssig. Harnentleerung alle 5 - 10. Minuten unter Schmerzen und mit grosser Anstrengung. Harn jauchig. Kein Eiweiss, kein Zucker. Ord. Eisbeutel.

2. Juli. Diarrhoe, Koliken, Harnbeschwerden dauern fort, Temperatur normal.

10. VII. Druckempfindlichkeit geringer.

12.—21. VII. Fieber.

14. VII. Heftige Diarrhoe, Brechneigung. Abends 39°.

16. VII. Harnverhaltung, Katheter. Blase entzündet. Geschwulst breitet sich nach links aus.

Vom 22. VII. ab Aufhören des Fiebers, rasche Abnahme der Schmerzen. Chronische Harnverhaltung.

28. VII. Temperatursteigung, Entzündung des rechten Nebenhoden. Geschwulst wird immer kleiner und am

20. VIII. Infiltration auch der Blase geschwunden. Harnentleerung spontan. Blasenkatarrh gebessert. Entlassung.

Die praeperitonealen Entzündungen.

Über die isolierte Entzündung des Cavum praeperitoneale liegen sichere Beobachtungen noch nicht vor. Dieselben sind auch schwierig, da sich die Entzündung aus den vieldeutigen Allgemeinerscheinungen ohne Geschwulstbildung überhaupt nicht constatieren lässt. Ist aber Schwellung vorhanden, so muss man wohl annehmen, dass durch die mit Fett ausgefüllten Lücken der trennenden Fascienwand die Ausbreitung einer Entzündung von dem Cavum praevesicale und submuskulare in das Cavum praeperitoneale secundär erfolgt ist. Dasselbe kann natürlich auch umgekehrt erfolgen. Dass dies in der That öfter vorkommt, darf man wohl mit Recht aus dem so häufigen Auftreten von Erscheinungen peritonitischer Reizung bei praevesicalen und submuskulären Phlegmonen schliessen. Die Anwesenheit eines isolirten Abscesses des Cavum praeperitoneale könnte vielleicht durch die Untersuchung per rectum festgestellt werden, und zwar müsste man sie an der Hinterfläche der Blase treffen, während die vordere Wand derselben frei bleibt. Als Ursache für die praeperitonealen Entzündungen wurden Erkrankungen der Blase, des Uterus und Abscesse des praevesicalen Raumes angesehen. Im ganzen ist die Diagnose nicht leicht; namentlich ist die Unterscheidung von intraperitoneal gelegenen Entzündungen sehr schwer wegen der starken Mitbeteiligung des Peritoneums bei den praeperitonealen Prozessen. Jedenfalls müssen die Symptome sehr genau geprüft und alle intraperitoneal, praevesical und submuskulär gelegenen Entzündungen ausgeschlossen werden können, bevor man die Diagnose der praeperitonealen Phlegmone als sicher annehmen darf.

Fall von praeperitonealem Abscess.

Bertha A., 27 J. Rec. 2. XII. 91.

Pat. stammt aus gesunder Familie und will selbst stets gesund gewesen sein. Vor ca. 4 Wochen verspürte sie nach der Feldarbeit plötzlich heftige Schmerzen im Leibe; sie war einen Tag bettlägerig, fühlte sich dann wieder wohl und konnte ihre gewöhnliche Arbeit verrichten. Nach ca. 3 Wochen traten die Schmerzen wieder auf, heftiger als früher. Gleichzeitig bemerkte Pat. in der linken Leistengegend eine Anschwellung. Fieber will Pat. nur einmal gehabt haben. Appetit und Schlaf schlecht.

Status. Sehr anämische, ikterisch aussehende, abgemagerte Frau. Am untern Teile des Abdomens fühlt man eine geringe Hervorwölbung, die Haut darüber etwas verfärbt, handbreit über dem Lig. Poupartii, seitlich bis ca. zur spina anter. infer., nach vorn ungefähr bis zur Mittellinie reichend. Fluktuation nicht zu fühlen, Dämpfung. Grosse Schmerzen und Fieber. Untersuchung per rectum ergiebt nichts Sicheres.

Operation. Incision von aussen oben nach unten innen, durch die Muskulatur hindurch, der Abscess liegt in der Tiefe über dem Peritoneum. Es entleert sich eine geringe Menge überaus schlecht riechenden, schmutzig grüngelben, dünnflüssigen Eiters. Wunde tamponirt, drainirt. Allgemeinbefinden nicht befriedigend, besonders Digestionsstörungen. Nach 14 Tagen plötzlich Fieber. Beim Verbandwechsel ergiebt sich Eiterrentention. Allgemeinbefinden gebessert, Verdauungsstörungen nachgelassen.

7. I. Auskratzung der Wunde, Anfrischung der Wundränder, Naht. Drainage an beiden Wundwinkeln.

12. I. Wunde verheilt gut. Pat. am 17. I. zur ambulanten Behandlung entlassen.

Für die Diagnose eines praeperitonealen Abscesses lagen hier natürlich durchaus keine sichern Anhaltspunkte vor; dieselbe konnte erst durch die Operation gestellt werden.

Actinomycose.

Wohl keine Erkrankung hat sich seit ihrer Entdeckung durch Bollinger so grossen Interesses und so sorgfältiger Beobachtung erfreut als die Actinomycose. Eine grosse Menge von Fällen ist seit dieser Zeit veröffentlicht worden. Trotzdem jedoch durch die vielen Untersuchungen die Kenntnis der Actinomycose wesentlich bereichert und vertieft worden ist, bedarf noch manches der Erklärung bezüglich der Herkunft des Pilzes und seiner unheilvollen, zerstörenden Thätigkeit im menschlichen Organismus. Israel zählt ihn zu den Schimmelpilzen, während Harz ihn zu den Hyphomyceten, Boström dagegen unter die Spaltalgen rechnet. Die Art der Einwanderung dieses Pilzes in den Körper ist noch vollkommen unklar. Sehr wichtig ist die Thatsache, dass der Strahlenpilz sich fast als Reinkultur in den Höhlen cariöser Zähne vorfindet. Von hier aus ist ihm dann Gelegenheit gegeben, in die Gewebe des Körpers einzuwandern.

Israel teilt die Actinomycose nach den Körperteilen, an denen sie vorkommt, in drei Gruppen ein: die cervicale, thoracale, intestinale. Bei der letzteren unterscheidet Partsch wiederum eine besondere, die abdominale, welche mit hervorragender Beteiligung der Bauchdecken, charakterisiert durch die harte Geschwulst, bei völligem oder doch fast vollständigem Zurücktreten der Darmerscheinungen einhergeht.

Bei den actinomycotischen Prozessen der Bauchdecken erfolgt die Infektion aller Wahrscheinlichkeit nach gewöhnlich vom Darmtractus aus. Allerdings kann nicht geleugnet, aber auch wohl kaum bewiesen werden, dass die Infektion auch primär von der äusseren Haut aus stattfinden kann. In solchen Fällen müsste man annehmen, dass irgend eine kleine Verletzung, oft so minimal, dass sie übersehen wird, vorher dagewesen ist, da bei der Rigidität der Gewebe, die der Pilz durchwandern muss, sowie der sicherlich nur geringen Resistenz derselben gegen

äussere Einflüsse, es kaum glaublich erscheint, dass der Pilz ohne jede Läsion der Oberhaut sich Eingang verschaffen sollte. (Partsch). Bis jetzt sind jedoch die vorliegenden spärlichen Fälle von primärer Actinomycose der Bauchhaut nicht ganz einwandsfrei. Die reine actinomycotische Infektion erzeugt an sich keine Eiterung, und überall da, wo der Prozess von einer solchen begleitet ist, muss man eine Mischinfektion mit pyogenen Coccen annehmen. Da nun der Pilz auf dem Wege seiner Einwanderung durch den Darm reichlich Bacterien vorfindet, so ist es erklärlich, dass die Eiterung eine fast regelmässige Begleiterscheinung der Actinomycose wird.

Symptome. Die Symptome gestalten sich demnach verschieden, je nachdem eine Mischinfektion stattgefunden hat oder nicht. Ausserdem kommt es darauf an, ob der Pilz, z. B. wenn die primär erkrankte Darmschlinge der Bauchwand direkt anlag, rasch auf die Bauchdecken übergreift, ohne in der Tiefe grosse Erscheinungen hervorzurufen, oder ob er erst in der Bauchhöhle sich ausbreitet und dann an die Oberfläche tritt. Im letzteren Falle werden sich gewöhnlich als erste Krankheitserscheinungen Spannung, Schmerzen im Leib, Durchfall, Obstipation, Erbrechen, überhaupt peritonitische Erscheinungen geltend machen.

Verläuft der Prozess ohne Eiterung, so entsteht ein Granulationsgewebe, das in Form einer umfangreichen, elastischen, im ganzen schmerzlosen, erst nach langem Bestehen sich erweichenden und dann Fluktuation vortäuschenden Geschwulst in die Erscheinung tritt. Dieselbe kann manchmal für einen festen Tumor imponieren, wie ein Fall aus v. Volkmanns Klinik zeigt, wo die Diagnose auf Bauchwandfibrom gestellt wurde. Dann tritt, gewöhnlich an mehreren Stellen, Perforation ein, wobei die oft schon makroskopisch sichtbaren gelben Actinomyceskörner sich entleeren, und es zeigt sich ein System weit verzweigter Fistelgänge, deren Wandung eine auffällig

derbe Resistenz darbietet. Späterhin pflegt sich eine weitreichende schwartige Verdickung und schwielige Induration aller Gewebsschichten in ihrer Umgebung auszubilden, und gerade diese brettharte Infiltration, welche ohne scharfe Grenze ganz allmählig in die gesunde Umgebung übergeht, ist ein Hauptkennzeichen der Actinomycose.

Begleitet Eiterung den Prozess, so tritt die starke Bindegewebsentwicklung zurück gegenüber der Abscessbildung und dann breitet sich die Krankheit in Form einer subacut pflegmonösen Entzündung an der Oberfläche aus. Unter diffuser entzündlicher Röte, ödematöser Schwellung der Bauchhaut, mehr oder weniger Fieber vollzieht sich der Durchbruch des Eiters. Die Erkrankung kann dadurch einer ulcerösen Perforation des Darmes mit Kotaustritt sehr ähnlich sehen, da die actinomycotischen Elemente hinter der übelriechenden, jauchigen, zuweilen fäculenten Eiterung so zurücktreten können, dass sie vollständig übersehen werden.

Die Actinomycose ist nun, mag sie acut oder gleich chronisch auftreten, am letzten Ende immer eine exquisit chronische Erkrankung. Zum Teil lässt sich dies wohl zurückführen auf die grosse Neigung des Pilzes zu wandern und sich auszubreiten. Namentlich in der Bauchhöhle ist ihm Gelegenheit gegeben, sich so in der Tiefe und den vielen Falten zu verbergen, dass man ihn nach dem jetzigen Stande der Therapie oft nicht ganz ausrotten und er immer wieder von neuem die Erkrankung anregen kann.

Die Therapie besteht in breiter Eröffnung des Abscesses und möglichst gründlicher Entfernung aller Granulationen mit dem scharfen Löffel, namentlich in den Spalten. Die Prognose bezüglich der Heilung ist nicht mehr so aussichtslos wie früher und man darf jetzt schon in einer grösseren Reihe von Fällen von definitiver Heilung sprechen.

Die hierher gehörigen Fälle sind folgende:

Fall I. Auguste K., 45 Jahre. Arbeiterfrau.

Vater an Altersschwäche, Mutter an Schwindsucht gestorben. Vor 2 Jahren Influenza. Am 17. XII. 93 Lungenentzündung, während derselben immer Leibschmerzen und Obstipation. Am 6. I. 94 bemerkte Pat. im Unterleibe eine Anschwellung, die nach ihrer Angabe vorher grösser war als bei der Aufnahme. Status: Mittelgrosse, etwas anämische Frau. Klagt über Stuhlverhaltung, Durst und Schmerzen in der rechten Leistengegend. Oberhalb des rechten Poupartschen Bandes liegt von der Symphyse an steil aufsteigend, eine birnförmige Geschwulst von Knorpelhärte, über der die Haut in kleinen Falten abhebbar ist. Die Geschwulst ist gegen die Unterlage nur wenig verschieblich. Es besteht Druckempfindlichkeit. Vom Mastdarm aus nichts zu fühlen. Per vaginam erreicht die Kuppe des Fingers die Geschwulst, ohne dass dieselbe das Scheidengewölbe herabdrängt. Stuhlverhaltung, kein Erbrechen, abendliche Temperatursteigerungen. 16. I. Der Tumor hat sich etwas nach der Mitte hin verbreitert, scheint dicht unter der Haut zu liegen: Haut gerötet. Operation: 16. I. Längsschnitt über die Kuppe der Geschwulst. Es quillt dicker, weisser Eiter mit Blut gemischt heraus. Im Eiter Actinomyceskörner. Den Grund des Abscesses bildet die teilweise nekrotische Bauchdeckenmuskulatur. Von hier führen 2 Fistelgänge, der eine in die Gegend der rechten Darmbeinschaufel, der andere nach innen. Der Abscess mit sämtlichen Fistelgängen und Taschen mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, die zerfetzten Gewebsstücke abgetragen. Temp. 17. I. Pat. bricht, klagt über Blähungen. Darmrohr, flüssige Nahrung in kleinen Mengen.

18. I. Brechen aufgehört.

20. I. Keine Temp. Sekundärnaht. Drain.

29. I. Wunde verheilt, Nähte entfernt.

5. II. Geheilt entlassen.

Fall II. Karl S., 43 Jahre alt, Maurer. Rec. 26. X. 92. Pat will früher stets gesund gewesen sein. Vor einem Vierteljahr bemerkte er einen Druck in der rechten untern Bauchgegend, der ihn zum Arzt trieb. 3 Wochen lang Behandlung mit kalten Umschlägen. Vor ca. 6 Wochen trat in der rechten Unterbauchgegend eine sich allmählig vergrössernde Geschwulst auf, die in letzter Zeit schmerzhaft wurde.

Status. Die rechte untere Bauchgegend wird eingenommen von einer Geschwulst, die nach unten bis zum Lig. Poupartii, nach oben bis zwei Querfinger unter dem Nabel reicht, in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse die Mittellinie nach links überschreitet und das linke Lig. Poupart. in seiner Mitte erreicht. Nach unten geht der Tumor bis zur Wurzel des Penis. Die Haut über der Geschwulst ist ödematös, gerötet und in ihrem rechten Teil stark verdünnt. Unter der verdünnten Parthie ist Fluktuation wahrzunehmen. Im übrigen hat die Geschwulst die Consistenz einer derben Infiltration, die ohne scharfe Grenze in die Umgebung übergeht und sich in der Tiefe bis in das kleine Becken fortsetzt.

Operation. Dieselbe ergiebt $^3/_4$ Liter dickflüssigen, grünen, stinkenden Eiter mit Actinomycesdrüsen. Auskratzung, Drainage. Temperatur 15. XI Die Abscedierung schreitet in der Subcutis fort, von Zeit zu Zeit durchbrechen kleine Abscesse die Haut. Die Abscesshöhlen sind mit nekrotischen Fetzen ausgekleidet. Die Abscedierung erstreckt sich bis zum Scrotum hin.

1. XII. Essigsaurer Thonerde-Verband, starke Sekretion, Pat. fühlt sich wohl, Appetit und Verdauung ungestört, Urin klar, ohne Eiweiss.

15. XII. Die Abscedierung erstreckt sich nach unten zu beiden Seiten des Scrotums. Täglicher essigsaurer Thonerde-Verband.

17. XII. Nekrotische Auskleidungen der Abscesshöhle ausgekratzt, Haut weithin unterminiert, an zahl-

reichen Stellen siebartig durchbrochen. Es wurden noch verschiedene Incisionen gemacht, weil Retention bestand.

5. I. 93. Pat. mit cr. Handteller grosser, gut granulierender Wunde in die Behandlung seines Kassenarztes entlassen.

Fall III. Hermann R., 28 Jahr, Kutscher. Rec. 21. V. 94 Anamnese. Pat. nicht belastet, sonst stets gesund, verspürte um Weihnachten 93 starke ziehende Schmerzen im Leibe unterhalb des Nabels, die ihn schliesslich zwangen, das Bett zu hüten. Stuhl- und Urinbeschwerden nicht vorhanden. Ungefähr Mitte Januar 94 bemerkte Pat. etwa zwei Finger breit unterhalb des Nabels das Auftreten einer Geschwulst von ziemlich harter Consistenz, die zwar keine grossen Schmerzen, jedoch beim Gehen starke Spannung im ganzen Unterleibe verursachte. Die Geschwulst wurde incidiert, wobei sich eine mässige Menge Eiter entleert haben soll. Die Incisionswunde hat sich seitdem nicht wieder völlig geschlossen und es sickerte aus derselben eine ganz geringe Menge Eiter heraus. Stuhlgang in letzter Zeit oft angehalten und hat Pat. deshalb regelmässig Abführmittel gebraucht. Die Geschwulst hat sich nach Angabe des Pat. nicht wesentlich vergrössert.

Status praesens. Kräftig gebauter, gut genährter Mann von etwas blassem Aussehen, Brustorgane gesund. Die ganze regio hypogastrica ist ziemlich symmetrisch aufgetrieben. Die Mitte wölbt sich besonders stark hervor. Zwei Querfinger breit unter dem Nabel findet sich eine markstückgrosse Einziehung, darunter 2 Granulationen und einige kleine Öffnungen, aus denen sich bei Druck Eiter entleert. An diesen Stellen ist die Haut mit der Geschwulst verwachsen, sonst ist sie verschieblich. Die Geschwulst ist eiförmig, knorpelhart, von glatter Oberfläche, nur an den Rändern uneben. Sie erstreckt sich nach oben bis etwas über den Nabel hinaus, nach unten bis zur Symphyse, nach rechts handbreit, nach links cr. 4 cm

über die Mittellinie hinaus. Das obere Ende der Geschwulst ist verschieblich, das untere nicht. Zwischen Tumor und Symphyse kann man nicht eindrücken. Bei Spannung des Rectus geht dieser in die Geschwulst über. Per rectum ist der Tumor nicht zu fühlen. Keine Blasenbeschwerden. Urin ohne Eiweiss, Prostata nicht vergrössert, Temp. normal. Ord.: Kal. jodat. 5. VI. 94. Status idem. In den als Fleischwarzen beschriebenen Excrescenzen bestehen Fistelöffnungen, die ziemlich reichlich secernieren und ca. 5 cm nach unten und hinten führen. Das Suchen nach Actinomycesdrusen vergeblich.

20. VI. Stat. idem. Operation. Schnitt in der Mittellinie. Nach Durchtrennung der Haut kommt man auf die fettig degenerierte, infiltrierte Bauchmuskulatur, welche ein ähnliches Aussehen hat wie der Tumor, in welchen sie direkt nach hinten übergeht. Letztere ist nahezu schneeweiss, narbenartig derb. Er sondert eine weisslich gelbe Flüssigkeit auf der Schnittfläche ab. Man stösst auf einzelne kurze Gänge, die mit weisslich-gelben Granulationen angefüllt sind. Dieselben werden ausgekratzt, Schnitt in den Tumor bis 5 cm vertieft. Wunde oben und unten verkleinert. Drain. Jodoformgaze-Verband.

27. VI. Sehr reichliche Sekretion. Verbandwechsel.

3. VII. Entfernung der Nähte. Sekretion lebhaft.

11. VII. Sekret. geringer. Drain weg, Tumor kleiner

30. VII. Wunde bis auf einen schmalen Granulationsstreifen vernarbt. Vom Tumor kaum noch etwas zu fühlen.

20. VIII. Wurde vernarbt. Tumor völlig verschwunden. Rechts von der Narbe Muskulatur noch etwas infiltriert. Pat. sehr erholt. Stuhl normal. Geringe Schmerzhaftigkeit bei Palpation der etwas infiltrirten Muskulatur. Öftere Untersuchungen der Sekretion haben nie Actinomyceskörner ergeben. Seit der Operat. kein Jodkali. —

Es könnte im ersten Augenblicke auffallen, dass hier die Diagnose auf Actinomycose gestellt wurde, trotzdem

wiederholte Untersuchungen niemals Drusen ergaben. Es widerspricht dies also der Forderung von Partsch, bei Fehlen von Actinomyceskörnern mit der Diagnose der Strahlenpilzerkrankung sehr vorsichtig zu sein. Indessen giebt es Fälle, bei denen die Erkrankung in so typischer, charakteristischer Weise auftritt, dass man zuweilen wohl berechtigt ist, auch ohne die Drusen die Diagnose zu stellen, zumal man weiss, dass bei der Actinomycose die Körner fehlen können. Dies zeigt der Fall von Esmarch. Derselbe stellte nur auf Grund des charakteristischen Befundes die Diagnose auf Actinomycose trotz Fehlens der Actinomyceskörner. Die Richtigkeit der Diagnose zeigte sich später in einem zweiten Abscesse desselben Patienten, wo die Körner gefunden wurden. Ein dritter Abscess, der sich darauf bildete, liess dagegen wieder die Drusen vermissen. Diese Thatsache, in Verein mit dem charakteristischen Befunde: die langsame, schmerzlose Entwicklung, die späte Erweichung, die multiple Fistelbildung, die Beschaffenheit des Eiters, die derbe Infiltration des benachbarten Gewebes, die ohne scharfe Grenze in das Gesunde übergeht, die indurierten, verdickten Fistelgänge, der weisse feste Tumor, der beim Einschneiden nicht blutet, sondern eine grauweissliche Flüssigkeit absondert, alles dies lässt in unserm Falle die Diagnose des Actinomycose trotz Fehlens der Drusen berechtigt erscheinen; und es ist auch nicht ausgeschlossen, dass dieselben event. in einem später auftretenden Abscesse noch gefunden werden.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. v. Bramann, für die gütige Überlassung des Materials sowie die freundliche Unterstützung bei dieser Arbeit meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Albert. Chirurgie Bd. III.

Bardeleben. Chirurgie Bd. III.

Englisch. Über die idiopathische Entzündung des Zellgewebes um die Harnblase im Cavum Retzii. Wiener mediz. Wochenschrift 1891 No. 42 - 46.
Centralblatt f. Chirurgie.

Henke. Beiträge zur Anatomie des Menschen.

Henle. Lehrbuch d. Anatomie.

Koch. Münchener mediz. Wochenschrift 1887. XXXIV.

König. Lehrbuch d. speciellen Chirurgie Bd. II.

Ledderhose. Die chirurgischen Erkrankungen d. Bauchdecken. Deutsche Chirurgie 45b.

Leusser. Archiv f. klinische Chirurgie Bd. 32.

Meyer. Archiv f. kl. Chirurgie 1865. XVII.

Roser. Centralblatt f. Chirurgie 1886.

Partsch. Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge. Chirurgie IV.

Partsch. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie 1886. XXIII.

Gruber. Virchows Archiv 1862, Bd. 24.

Guyon. Les collections des liquides prévésicales nach

Lebenslauf.

Verfasser, Richard Oswald Gossmann, wurde geboren zu Sackwitz am 17. März 1867 als Sohn des † Gutsbesitzers Friedrich Karl Gossmann. Seine Schulbildung erhielt er auf den Gymnasien zu Wittenberg und Goslar a. H., auf letzterem bestand er Ostern 1889 die Reifeprüfung. Vom April 1889—90 genügte er seiner Militärpflicht in Wittenberg. Oktober 1890 ging er nach Berlin, um Medicin zu studieren. Nach 2 Semestern daselbst bezog er die Universität Halle, woselbst er am 26. Juli 1892 die ärztliche Vorprüfung, nach weitern 5 Semestern am 14. März 1895 das Examen rigorosum bestand.

Während seiner Studienzeit hörte er folgende Professoren und Docenten:

In Berlin:

Engler, Fritsch, Hartmann, Kundt †, Pinner, Rawitz, Waldeyer.

In Halle:

Ackermann, v. Bramann, Eberth, Eisler, Fehling, Grenacher, Harnack, v. Hippel, Hitzig, Kaltenbach †, v. Mering, Oberst, Pott, Renk, Schwartze, Volhard, Weber, Welcker.

Allen diesen Herren spricht Verfasser seinen ehrerbietigsten Dank aus.

Thesen.

I.

Die entzündlichen Prozesse der vorderen Unterbauch gegend sind am häufigsten consecutiver Natur, d. h. von andern Organen fortgeleitet.

II.

Der Gebrauch der Antipyretica am Krankenbett ist möglichst einzuschränken.

III.

Bei der Nachgeburt ist der Credé im allgemeinen der exspectativen Methode vorzuziehen.